

CERTOLIZUMABE PEGOL – Artrite Reumatoide

200 mg/mL injetável – seringa preenchida

Portaria Conjunta nº15, de 11 de dezembro de 2017 (Protocolo na Íntegra)

Informações

CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

Esquema de administração:

- Injeção SC no abdome inferior ou coxas; administrar cada seringa de 200 mg em sítios distintos
- Tratamento de indução e manutenção de remissão: 400 mg nas semanas 0, 2, 4, e a cada 4 semanas após

Quantidade máxima mensal: 400 mg nas semanas 0, 2 e 4, e após, 200 mg duas vezes ao mês OU 400 mg a cada mês.

Grupo de Financiamento: 1A

Idade mínima: 18 anos;

Documentação Necessária

1º Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - o Documento de identidade;
 - o Comprovante de residência com CEP;
 - o Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
 - o teste de Mantoux
 - o radiografia de tórax
 - o HBsAg
 - o anti-HCV
 - o hemograma com plaquetas
 - o TGO/AST
 - o TGP/ALT
 - o Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas).
 - o Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento
 - o Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (score DAS28 [*Disease Activity Score*], score SDAI [*Simplified Disease Activity Score*] **OU** score CDAI [*Clinical Disease Activity Score*])

Exames **RECOMENDADOS**, que podem ser solicitados pelo perito:

- o Fator reumatoide **OU** anti-CCP
- o Proteína C reativa
- o Velocidade de hemossedimentação
- o Laudo de exame radiológico de mãos e punhos

5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

Renovação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original](#), preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
Trimestralmente:
 - Hemograma;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

CERTOLIZUMABE PEGOL – Artrite Reumatoide

Alterado em 23/05/2019